

被保険者
家族

健康保険標準負担額減額申請書

Table with columns for dates (年月日) and organizational roles (係長, 課長, etc.). Rows include '認定証交付伺' and '長期該当年月日'.

規則45条の3各号に該当した年月日 平成 年 月 日 90日を超えた日 平成 年 月 日 却下年月日 平成 年 月 日

(注意事項) 4、3、2、1、④欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑤欄は、該当する文字を丸で囲んでください。また①から⑨までの訂正箇所には、⑨欄と同じ印を押してください。また①から⑨までの(入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は、入院期間に係る保険医療機関等の証する書類)を添付してください。 7、※印の欄は記入しないでください。

Main form for '被保険者が記入するところ' (Where the insured person enters). Includes fields for insurance certificate number, business name, name, address, birth date, and hospitalization periods.

上記のとおり関係書類を添えて健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。 平成 年 月 日 住所 被保険者の氏名 電話 ()

(注) 市区町村長が証明する欄 当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 市区町村長名

個人番号 (Personal Number) input field with a grid of boxes.

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し) ②身元確認(運転免許証又はパスポート等)の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。